

# SEGURANÇA DO PACIENTE: ERROS E EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS A MEDICAMENTOS.

**Enf<sup>a</sup> Msc. Graciele Trentin**

Hospital Universitário HU/UFSC  
Hospital Nereu Ramos SES/SC

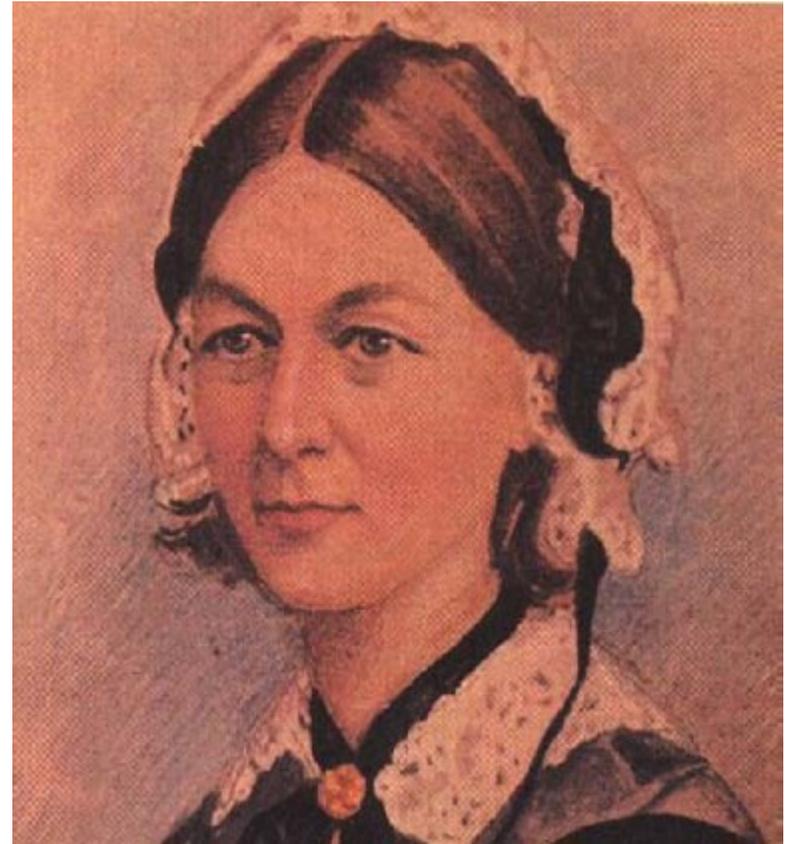
Florianópolis, 2013

# INTRODUÇÃO

- As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade aos seus pacientes.
- A segurança do paciente tem recebido destaque mundial com implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos e aos danos aos pacientes decorrentes da assistência à saúde.
- Surgiu a necessidade de mudança na formação e atuação de profissionais e serviços em todo o mundo.

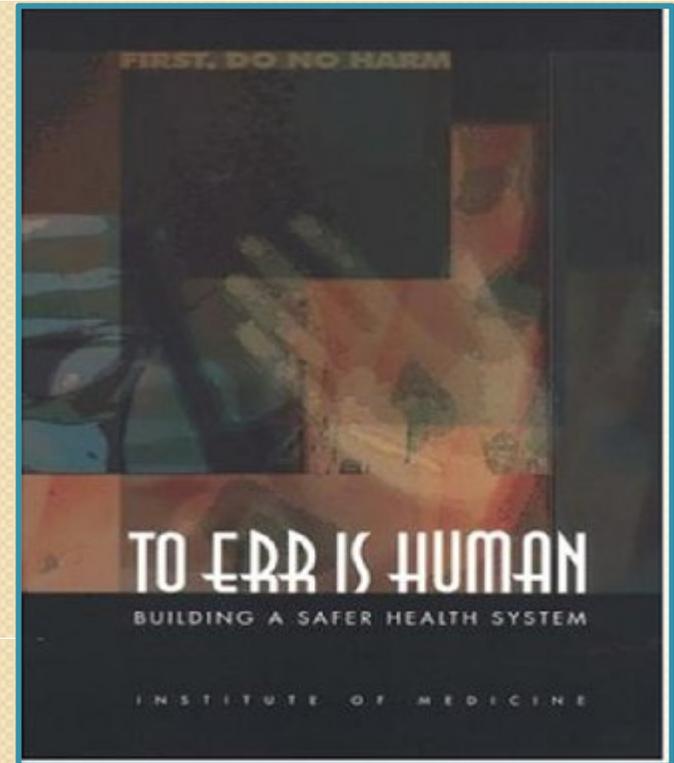


Em 1863, *Florence Nightingale - Notes on Hospitals*, as palavras latinas de Hipócrates (460-377a.C.) "*Primum non nocere*", traduzidas como "Primeiramente, não cause danos", indicando que a segurança de pacientes é parte integrante da profissão de enfermagem desde o início da enfermagem moderna (CASSIANI, 2005).



- Estudo clássico realizado pela Prática Médica de Harvard (HMPS) em 1984 com mais de 30.000 prontuários em 52 hospitais de Nova York, a incidência de eventos adversos foi de 3,7 em cada 100 hospitalizações, dos eventos adversos 6,5% resultaram em disfunção permanente e 13,6% envolveram a morte do paciente. (VINCENT, 2009; MENDES et al., 2005).

Livro “**Errar é Humano: construindo um sistema mais seguro de saúde**” (*To err is human: building a safer health care system*), publicado no ano de 2000, elaborado pelo *Institute of Medicine (IOM)*, dos EUA, revelou que entre 44.000 a 98.000 pessoas morressem nos hospitais a cada ano.

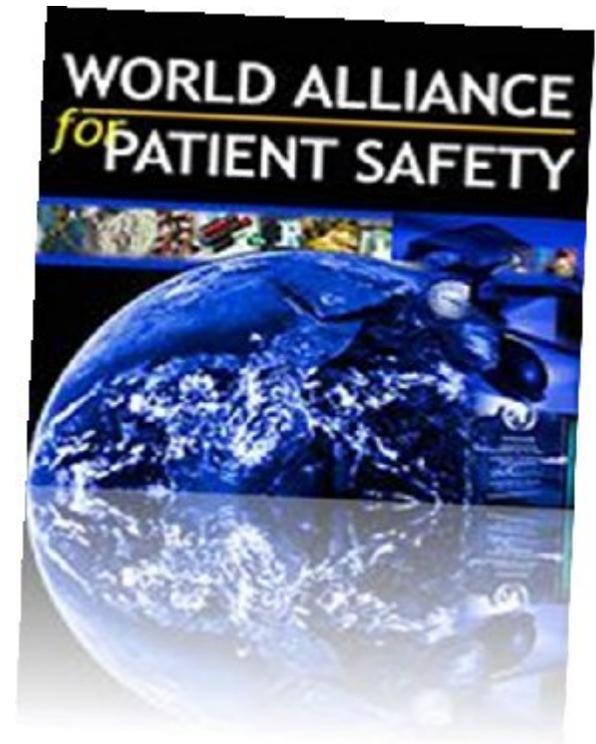


- Esta publicação evidenciou que os erros são frequentes durante a assistência em saúde nos hospitais norte-americanos.

Milhares de mortes e sequelas irreversíveis, sendo identificada como a 8ª causa de óbitos naquele país, ultrapassando mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, de câncer de mama e AIDS. (IOM, 2000).

- Sua publicação ganhou notoriedade causando mobilização de organizações internacionais.
- Iniciaram trabalhos apoiar estratégias de prevenção de falhas no cuidado.

- Em 2004, na **57ª Assembléia Mundial de Saúde** foi lançada a **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente** (*World Alliance for Patient Safety*).
- Objetivo concentrar esforços para o enfrentamento do problema e despertar o comprometimento político dos países para adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada.



# Desafios globais

- 1º Desafio “Uma assistência limpa é uma assistência segura, 2005-2006 (propósito de promover a higienização mãos método efetivo prevenção infecções).  
2009: Campanha mundial



# Desafios globais

- 2º Desafio: “Cirurgias seguras salvam vidas”.
- (segurança nos procedimentos cirúrgicos, check list verificação).



# Desafios globais

- 3º Desafio: (2011)  
“Enfrentando a resistência microbiana aos antimicrobianos”.



- Em 2005, estabeleceu-se o *Centro Colaborador para Soluções em Segurança do Paciente (WHO Collaborating Centre)* em parceria com a OMS e *Joint Comission International* dedicada exclusivamente à segurança do paciente.

# SOLUÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

- **Solução 1** - Gerenciar medicamentos com aparência ou com nomes parecidos (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).
- **Solução 2** - Identificação do paciente (Patient Identification).
- **Solução 3** - Promover comunicação adequada durante a transferência de responsabilidade do paciente (Communication During Patient Hand-Overs);
- **Solução 4** - Realizar o procedimento correto na parte correta do corpo (Performance of Correct Procedure at Correct Body Site);
- **Solução 5** - Controlar as soluções eletrolíticas concentradas (Control of Concentrated Electrolyte Solutions);

WORLD HEALTH ORGANIZATION- Launch of who collaborating centre on patient safety solution  
Organization, Geneva.

# SOLUÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

- **Solução 6** - Garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado (Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care);
- **Solução 7** - Evitar conexão errada de cateter e de tubo endotraqueal (Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections);
- **Solução 8** - Usar uma única vez dispositivo para injeção (Single Use of Injection Devices);
- **Solução 9** - Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado de saúde (Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections):

# SISTEMA DE MEDICAÇÃO

A JCAHO identificou 5 processos do sistema de medicação, quais sejam:

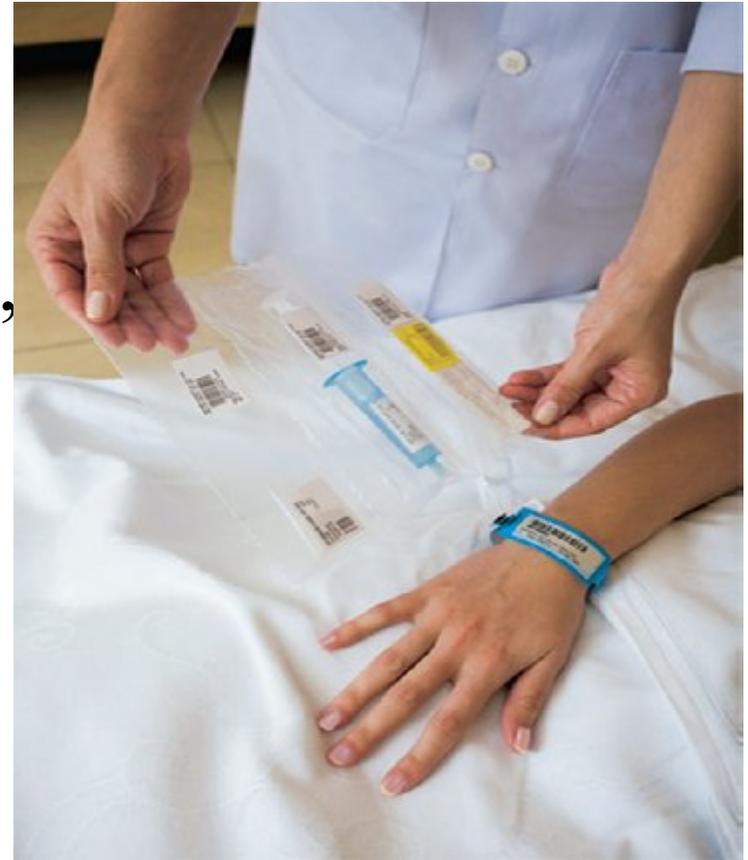
- seleção e obtenção do medicamento
- prescrição,
- preparo e dispensação,
- administração de medicamentos e
- monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento.



# NOVE CERTOS PARA ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS

- **Paciente certo**

(perguntar nome completo, checar dados no prontuário, na pulseira de identificação)



# Medicamento certo

- Confira se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.
- Local adequado, livre distrações.
- Boa iluminação
- Livre de ruídos



# Via certa



Verificar a conexão  
correta em caso de  
administração por  
sondas.

# Hora certa

- (para garantir níveis séricos terapêuticos).

- **Dose certa**

(Medicamentos com vírgula, pontos, atenção redobrada);

(verificar a unidade medida como colher de chá, de sopa). Preferir unidades medidas do sistema métrico .

Conferir a velocidade da infusão.

# Registro certo

- registrar o horário da administração, a ocorrência de eventos, reações, alterações de sinais vitais.
- **Ação certa** (em caso de dúvida de indicação, posologia, reações adversas, consultar prescritor).

# Forma certa

- Verificar as condições clínicas do paciente. Se necessário triturar.
- **Resposta certa**  
Verificar se o medicamento teve efeito desejado



**ALERTA  
VERMELHO!**

Alerta para os medicamentos  
potencialmente perigosos ou alta  
vigilância.

# O que são medicamentos de Alta Vigilância?

- São medicamentos com estreita margem terapêutica, possuem um risco maior de causar dano significativo ao paciente, quando utilizados erroneamente.

“Não significa que existe maior ou menor probabilidade do erro acontecer, mas se este acontecer a consequência ao paciente é claramente mais grave.”



Organização norte-americana voltada a prevenção dos erros de medicação e seu uso seguro

<http://www.ismp-brasil.org/>



Instituto para Práticas  
Seguras no Uso  
de Medicamentos

Quem Somos

Missão/Visão/Valores

Boletins ISMP

Biblioteca

Agenda de eventos

Links

FAQ

**i Congresso**  
Internacional sobre  
Segurança do Paciente  
ISMP Brasil

**V Fórum**  
Internacional sobre  
Segurança do Paciente  
Erros de Medicação

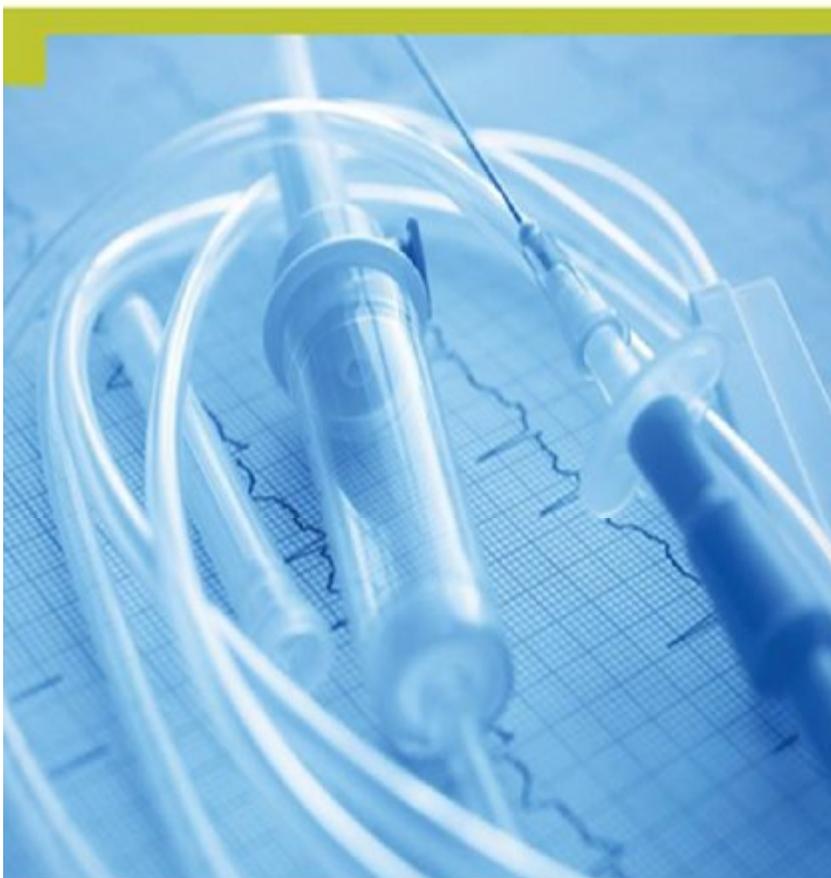
**PRÁTICAS SEGURAS  
NO ATENDIMENTO  
AO PACIENTE: UM  
DESAFIO DE TODOS.**

Home

Sexta-feira, 20 de setembro de 2013

DESTAQUE

## ERROS DE CONEXÃO: PRÁTICAS SEGURAS E RISCOS NA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES POR SONDAS ENTERAIS E CATETERES VASCULARES



ISMP Brasil

Curtiu · 4 de setembro

ERROS DE CONEXÃO: PRÁTICAS SEGURAS E RISCOS NA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES POR SONDAS ENTERAIS E CATETERES VASCULARES

Uma paciente morreu após receber café com leite por via intravenosa. Recentemente, a mídia brasileira apresentou diversos casos parecidos. Como prevenir que novos casos aconteçam?

Leia o boletim completo: [http://www.boletimismpbrasil.org/boletins/pdfs/boletim\\_ISMP\\_18.pdf](http://www.boletimismpbrasil.org/boletins/pdfs/boletim_ISMP_18.pdf)

Curtir · Comentar · Compartilhar

👍 12 pessoas curtiram isso.

📄 39 compartilhamentos

# 19 classes terapêuticas 14 medicamentos específicos

(antiarrítmicos EV, opiáceos, anticoagulantes, anestésicos, drogas vasoativas)

## ISMP's List of *High-Alert Medications*

**H**igh-alert medications are drugs that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error. Although mistakes may or may not be more common with these drugs, the consequences of an error are clearly more devastating to patients. We hope you will use this list to determine which medications require special safeguards to reduce the risk of errors. This may include strategies like improving access to information about

these drugs; limiting access to high-alert medications; using auxiliary labels and automated alerts; standardizing the ordering, storage, preparation, and administration of these products; and employing redundancies such as automated or independent double-checks when necessary. (Note: manual independent double-checks are not always the optimal error-reduction strategy and may not be practical for all of the medications on the list).

Classes/ Categories of Medications
adrenergic agonists, IV (e.g., epinephrine, phenylephrine, norepinephrine)
adrenergic antagonists, IV (e.g., propranolol, metoprolol, labetalol)
anesthetic agents, general, inhaled and IV (e.g., propofol, ketamine)

Specific Medications
colchicine injection***
epoprostenol (Flolan), IV
insulin, subcutaneous and IV

# RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE ERROS COM MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS

- Estabelecer e divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos na instituição de saúde.
- Padronizar a prescrição, dispensação, preparação, administração e armazenamento. (elaboração POP).
- Utilizar etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados nas embalagens.



- Implantar práticas de dupla checagem na dispensação, preparo e administração.
- Limitar o número de apresentações e concentrações disponíveis, particularmente anticoagulantes, opiáceos e insulina

- Retirar das enfermarias e ambulatórios soluções concentradas de eletrólitos, particularmente cloreto de potássio injetável.
- Estabelecer e divulgar as doses máximas desses medicamentos.
- Fornecer e melhorar o acesso à informação sobre estes medicamentos.
- Incorporar **alertas de segurança** nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação.

Estudos relacionados à segurança no cuidado à saúde apresentam como foco os erros e eventos adversos, Vincent (2009) utiliza o termo “**erro**” para a qualquer incidente que **não envolva lesão** ao paciente e “**eventos adversos**” como eventos não intencionais que **implicam em lesões** ao paciente, óbito ou pelo menos prolongamento do tempo de internação hospitalar.

**HERRAR**

**É**

**UMA**



created with  
**nitroPDF** professional  
download the free trial online at [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

- **Erro de medicação** como: qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inapropriado da medicação ou dano ao paciente enquanto a medicação está no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor.

- **Reação adversa ao medicamento:** é definida pela OMS como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade.

# Segurança em sistemas de saúde



/ cinema / celebridades

21/11/07 - 07h43 - Atualizado em 21/11/07 - 09h27

AFP

## Filhos de Dennis Quaid em estado grave por erro de hospital

Gêmeos receberam overdose de agente anticoagulante. Quantidade aplicada nos bebês foi mil vezes maior que a normal.

editorias

Primeira Página

Quem é Quem



**As meninas haviam acabado de nascer e estavam internadas na unidade de terapia intensiva da instituição. Quando completavam 12 dias de vida, receberam uma dose altíssima de uma droga anticoagulante e por pouco não perderam a vida. O erro foi de uma enfermeira, que confundiu a embalagem do remédio para criança com a de adulto. O ator processou a companhia fabricante do medicamento e também o hospital. Além disso, iniciou uma cruzada contra enganos do mesmo gênero. Ele ajudou a dar força a um movimento que alerta os profissionais sobre erros que podem ter sido cometidos - The National Alert Network for Serious Medication Errors System e acaba de produzir um documentário sobre a questão.**

# Segurança em sistemas de saúde



**JN** | **Jornal Nacional** 

JN Especial | Redação | História | Fale conosco | Vídeos | Telejornais | [G1.com.br](http://G1.com.br)

Edição do dia 07/12/2010  
07/12/2010 21h07 - Atualizado em 07/12/2010 21h58

## Morte de menina por vaselina na veia pode mudar procedimentos de hospital

A Santa Casa de São Paulo deve usar rótulos ou até vidros diferentes para que o erro fatal não volte a ocorrer. O Conselho Regional de Enfermagem revelou que o número de erros de enfermeiros está aumentando.

**Enfermagem - profissão de risco...**

 created with **nitroPDF** professional  
download the free trial online at [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

# Segurança em sistemas de saúde

- EUA, cada paciente internado sujeito a um erro de medicação por dia, média 400.000 eventos adversos evitáveis, relacionados a medicamentos.
- Aproximadamente 7.000 mortes evitáveis relacionadas a erros de medicação.

- Outro estudo americano analisou 321 relatórios de erros de medicação, **72,5%** atribuídos ao processo de **prescrição**, **14,6%** ao processo de **administração**, **6,6%** ao de **dispensação** e **6,3%** de **transcrição**.

Winterstein AG. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. Am J Health Syst Pharm. 2004; 61(18): 1908-16.

- estudo realizado em um hospital em Minas Gerais revelou que, dos 7.148 medicamentos potencialmente perigosos identificados em 4.026 prescrições, houve erro em 44,5%, isto é, uma média de 3,3 erros por prescrição. Dentre os erros identificados, destacaram-se erros de concentração do medicamento, omissão de forma farmacêutica e de via de administração, prescrição pouco legível e taxa de infusão duvidosa

# Resultados

- Pessoas que receberam acidentalmente adrenalina, com seringa autoinjetora, apresentaram sintomas e sinais de isquemia local com dor, dormência, palidez, extremidades frias, cianose, hipotermia, ausência de sensibilidade e pulso fraco ou ausente. Os sinais e sintomas desapareceram sem seqüelas no prazo de 2 a 24 horas.

- Em outros dois estudos relacionados à administração acidental de adrenalina (1mg e 2mg IV) de Harle et al (2011) e Volz et al (2009) pacientes apresentaram taquicardia, náuseas, dispnéia aguda, dor torácica, redução severa da função ventricular esquerda, edema pulmonar e derrame pleural. Os sintomas desapareceram em 7 dias de internação. (EIV e Jadad 3)

- pacientes com anafilaxia tratados com doses inadequadas de adrenalina, apresentaram sintomas cardiovasculares como dor no peito, palpitações, náuseas, vômitos, taquicardia, inversão da onda T, elevação do segmento ST, vasoespasma coronariano com isquemia miocárdica secundária, elevação da troponina e redução da fração de ejeção do VE. Os sinais e sintomas desapareceram espontaneamente, em sua maioria, nas 24 a 48 horas subsequentes

- O conhecimento médico inadequado sobre dose apropriada e via de administração da adrenalina em anafilaxia, a falta de doses IM disponíveis nos carrinhos de emergência, cálculos de dose complicados envolvendo decimais e proporções, e falta de comunicação adequada entre médicos e enfermeiros podem favorecer os erros e eventos adversos durante sua aplicação. (EIV e Jadad 3).

- Não podemos extinguir a possibilidade do erro, uma vez que é uma característica imutável do ser humano, mas podemos transformar o ambiente no qual o ser humano age, desenhando sistemas que tornem mais fácil fazer o certo, e mais difícil fazer o errado (PEDREIRA, 2009).

- Abordagem para combater o instinto de culpar e substituí-la pela identificação de falhas sistêmica que estejam permitindo que inevitáveis erros humanos causem danos.
- Estabelecer ações corretivas e preventivas
- Estabelecer cultura não-punitiva.

APRENDA COM OS ERROS ALHEIOS. VOCÊ NÃO  
CONSEGUIRIA VIVER TEMPO SUFICIENTE PARA  
COMETÊ-LOS TODOS SOZINHO.



[frasesnofacebook.com.br](http://frasesnofacebook.com.br)

”

- Email: [gracieletrentin@saude.sc.gov.br](mailto:gracieletrentin@saude.sc.gov.br)

The screenshot shows the top navigation bar of the University of Miami School of Nursing & Health Studies website. The header is orange and contains the university logo, the text 'UNIVERSITY OF MIAMI SCHOOL of NURSING & HEALTH STUDIES', a language dropdown menu set to 'Português - Brasil (pt\_br)', and a login prompt 'Você ainda não se identificou (Acesso)'. Below the header, the main content area is white. On the left, there is a section titled 'Cursos disponíveis' (Available Courses) with two entries: 'Nursing and Patient Safety' and 'Enfermería y la Seguridad del Paciente', both with a green plus icon and 'Professor: Admin Account'. On the right, there are two orange-bordered boxes: 'Patient Safety Free Online Courses' and 'MENU PRINCIPAL' with a hamburger menu icon. Below the menu is a box for 'Respondus 4.0 Web Services'.

[Advanced search](#)

## Patient safety

[Patient safety](#)[Research](#)[Campaigns](#)[Education & training](#)[Implementing change](#)[Patient engagement](#)[Information centre](#)

### Curso online: Introdução à investigação sobre segurança do paciente/doente

[Share](#)[Print](#)

- O que você conhece sobre segurança do paciente/doente?
- Todos os anos, centenas de milhares de pacientes/doentes sofrem danos ou morrem devido à falta de segurança em procedimentos médicos ou hospitalares e ficam com sequelas temporárias ou definitivas ao buscar assistência.
- Compreender a magnitude do problema em hospitais ou unidades de atenção à saúde é o primeiro passo para melhorar a segurança do paciente/doente.

[http://www.who.int/patientsafety/research/online\\_course\\_portuguese/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/online_course_portuguese/en/)

- <http://app.ihi.org/lms/onlinelearning.aspx>



Welcome, Graciele | [My IHI](#) | [Log Out](#) |

HOME

ONLINE LEARNING

MY LEARNING

[Course Catalog](#)

[Search Catalog](#)

## Mejora de la Calidad

### MC 101: Fundamentos de la mejora

Lesson 1: (Lección 1) Los Errores Pueden Suceder en Cualquier Lugar y a Cualquier Persona

Lesson 2: (Lección 2) El Cuidado de la Salud Hoy

Lesson 3: (Lección 3) Objetivos de mejora del Institute of Medicine

Lesson 4: (Lección 4) ¿Cómo llegar desde aquí hasta allá? : Modificando el sistema



# PROQUALIS

APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE



Home / **Segurança do Paciente**

**Pesquisar**

pesquisar

PÁGINA INICIAL

**SEGURANÇA DO PACIENTE**

Eventos Adversos

Medicamentos

**Destaque**



## Questionário sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais (HSOPSC)

Disponível questionário que avalia a cultura de segurança entre profissionais de hospitais [Veja Mais](#)

**Espaço Temático**

**Literatura de Interesse**

1 | 2 | 3



**Vídeo**



created with  
**nitroPDF** professional  
download the free trial online at [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)